

STIMMEN DER ZEIT

212. BAND

1994

VERLAG HERDER FREIBURG

Herbert Schlögel OP
Organtransplantation

Das Thema Organtransplantation beschäftigt die Öffentlichkeit bisher nicht so intensiv wie andere Fragen um Lebensbeginn und Lebensende, zum Beispiel Abtreibung, In-vitro-Fertilisation oder die durch die Thesen des australischen Philosophen Peter Singer¹ erneut angestoßene Diskussion um die Euthanasie. Wie schwierig es ist, mit der Transplantationsmedizin angemessen umzugehen, zeigen zwei auf den ersten Blick unverbundene Faktoren: 1. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bis heute noch kein Transplantationsgesetz. Alle Versuche seit 1978 sind bisher erfolglos geblieben. Zuletzt haben sich die Verfassungskommission des Deutschen Bundestags und die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder mit dieser Thematik beschäftigt. 2. Trotz zahlreicher Versuche und Werbekampagnen, um Frauen und Männer als Organspenderinnen bzw. -spender zu gewinnen, ist in der Bevölkerung eine große Zurückhaltung gegenüber dem Organspenderausweis zu spüren. Dies wird immer wieder vom „Arbeitskreis Organspende“ beklagt.

Bei diesen Überlegungen geht es nicht darum, die prinzipielle Zustimmung zur Organspende, wie sie auch die vielbeachtete Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland² zum Ausdruck gebracht hat, zurückzunehmen. Dennoch scheint es wichtig, einige Problempunkte näher in den Blick zu nehmen, nämlich die Feststellung des Todeszeitpunkts, das Gebot der Nächstenliebe und die Form der Zustimmung.

Die Feststellung des Todeszeitpunkts

Bei der Organspende eines Toten ist der entscheidende Ausgangspunkt die Feststellung des Todeszeitpunkts. Herkömmlicherweise wurde der Tod durch den Ausfall der Herz- und Kreislauffunktion konstatiert, die auch durch Wiederbelebungsversuche nicht wiederhergestellt werden konnte. Für die Angehörigen war der Tod durch die bald danach einsetzende Leichenstarre sichtbar. 1968 wurden von den Ärzten der Harvard Medical School Richtlinien zum Hirntod veröffentlicht³. Die Bundesärztekammer hat 1982 und 1986 Kriterien des Hirntods benannt⁴. Beim Hirntod handelt es sich um das irreversible Erlöschen des Gehirns in seiner Gesamtheit, also des Großhirns und des Hirnstamms. Dieses irreversible Erlöschen ist aber nicht wie beim Stillstand des Herzens und damit

des Kreislaufs von außen sichtbar, sondern nur mit Hilfe des Hirnstrombilds, des EEG, das 30 Sekunden nach Stillstand der Hirndurchblutung aufhört.

Nach dem Stillstand der Hirndurchblutung und dem Erlöschen der Hirnfunktion kann durch künstliche Beatmung die Funktion von Herz und Kreislauf noch tagelang aufrechterhalten werden. Das damit verbundene Problem wurde einer breiten Öffentlichkeit im Oktober 1992 bewußt. Bei einer nach Unfall hirntoten Frau wurden in der Erlanger Universitätsklinik die Herz- und Kreislauffunktionen aufrechterhalten, um die Schwangerschaft des in der 14. Schwangerschaftswoche befindlichen Fetus nicht abzubrechen. Die Möglichkeit, bei festgestelltem Hirntod die Herz- und Kreislauffunktionen aufrechterhalten zu können, ist wesentliche Voraussetzung für die Entnahme von Organen. Der Ausfall, das irreversible Erlöschen des Gehirns wird anhand einer Reihe von Kriterien festgestellt und muß bei einer in Aussicht genommenen Organtransplantation von zwei Ärzten, die nicht zum Transplantationsteam gehören, begutachtet werden. Die Hirntodfeststellung fällt in die Kompetenz der Medizin. Die Folgerung, die daraus gezogen wird, ist entscheidend und durchaus nicht einheitlich. Die gemeinsame Erklärung der DBK/EKD stellt fest: „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt.“⁵ Damit übernimmt die Erklärung die medizinische Hirntoddefinition. Eine Nuance zurückhaltender formuliert Johannes Reiter: „Nach allem, was wir heute wissen, darf angenommen werden, daß ein Mensch als ganzer tot ist, wenn der Gehirntod eingetreten ist.“⁶

Kritisch mit der Hirntodfeststellung setzt sich der Dortmunder Sozialethiker Hans Grewel auseinander. Er weist darauf hin, daß die Hirntodvereinbarung der Ärzte der Harvard Medical School von Anfang an mit dem Interesse der Organtransplantation verbunden war. Das Dilemma besteht darin, daß der Sterbende meist den Wunsch hat, der Arzt möge alle Möglichkeiten der Behandlung ausschöpfen. Vom Empfänger her besteht das Interesse, möglichst bald ein Organ zu bekommen, das heißt den Zeitpunkt, von dem ab über den Körper des sterbenden Menschen verfügt werden kann, möglichst früh zu bestimmen. Grewel wehrt sich nicht gegen die festgelegten Kriterien zur Feststellung des Gehirntods, aber gegen die Folgerung: „Man sagt nämlich, Hirntod sei – als Erlöschen der Gehirntätigkeit eines Menschen – der Tod des Individuums, der Tod der Person, der Tod des Menschen. Das heißt, man unterscheidet zwischen dem biologischen Tod und dem eigentlich menschlichen Tod und bindet das ‚eigentlich‘ Menschliche an die Aufrechterhaltung der Gehirnfunktion.“⁷ Auch wenn diese Folgerung sehr pointiert ist, so ist damit ein Problem angesprochen, nämlich die exklusive Bedeutung der Gehirnfunktion einerseits und die damit verbundene Frage: Welchen Status hat der Körper eines gehirntoten Menschen, der offenkundig noch kein Leichnam ist? Oder von der anderen Seite her gefragt: Was ist mit einem Menschen, bei dem

Teile des Gehirns ausgefallen sind, der also nach den Kriterien der Hirntodfeststellung nicht tot ist, aber, wie es heißt, ein „human vegetable“ (P. Singer) ist?

Manchen Ärzten und Philosophen erscheint die Hirntodfeststellung und die damit verbundene Gleichsetzung des personalen Todes als zu strikt. Hans-Martin Sass weist auf Positionen hin, „die das Kriterium eines irreversiblen Funktionsausfalls des Großhirns für ausreichend (halten), des Teiles also, in dem diejenigen Prozesse ablaufen, die wir mit Bewußtsein, Schmerzempfindlichkeit, Denken, Kommunikation in Korrelation sehen“⁸. Es geht also nicht mehr um das irreversible Erlöschen des Gehirns in seiner Gesamtheit, also des Großhirns und des Hirnstamms, sondern nur um den Funktionsausfall des Großhirns.

Die Konsequenzen, die daraus gezogen werden, betreffen sowohl den Schutz des Embryos am Anfang wie des komatösen Patienten am Ende des Lebens. Auf diese Diskussion braucht hier im einzelnen nicht eingegangen zu werden. Aber wenn in anderem Zusammenhang die Forderung erhoben wird, komatöse Patienten, die nicht mehr die Fähigkeit zur Kommunikation und zum Selbstbewußtsein haben, auf dem Weg der nichtfreiwilligen Euthanasie⁹ zu töten, dann hat dies auch Auswirkungen auf das Verhalten der potentiellen Organspender. Insofern ist es nicht nur wichtig, die Kriterien der Hirntodfeststellung bei der möglichen Organtransplantation exakt einzuhalten, sondern auch in den unmittelbar benachbarten Gebieten der medizinischen Ethik. Die Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos darf also nicht erst mit dem Entstehen des Großhirns beginnen und seine Schutzwürdigkeit nicht mit dem Absterben des Großhirns enden. Auch hier ist an der Gesamtheit des Gehirns, also des Großhirns und des Hirnstamms, festzuhalten. In der Erklärung der DBK/EKD heißt es zu dem eben angesprochenen Problem: „Dementsprechend kann der Begriff Hirntod nicht für noch so schwere Schäden und Fehlbildungen (Anenzephalie) mit teilweise erhaltener Hirntätigkeit gelten, ebenso wenig für das im Mutterleib wachsende Kind, dessen Hirntätigkeit sich erst entwickeln wird“¹⁰. Im Entwurf eines Mustergesetzes der Länder wird an der strikten Gehirntodregelung festgehalten¹¹.

Welchen moralischen Status der gehirntote Mensch hat, ist nicht eindeutig zu beantworten. Auf keinen Fall darf ein unbegrenzter Zugriff auf die Organe ermöglicht werden. Es ist deshalb vorgeschlagen worden, „den Tod (deskriptiv) als Beginn der Desintegration des Organismus“ zu verstehen, und damit „die Wertfrage zumindest offen“ zu halten¹².

Das Gebot der Nächstenliebe

Ein zweiter Brennpunkt bei der Organtransplantation ist die altruistische Sichtweise, Leiden anderer Menschen zu lindern. Die Werbung zur Organspende zielt ganz bewußt auf diesen Punkt, wenn es dort zum Schluß heißt: „Lassen wir uns

also ansprechen, ja bitten von den Tausenden, die lebenswichtige Organe zum Weiterleben benötigen. Die Zahl der Organspender muß stark zunehmen, wenn dieser Not abgeholfen werden soll! Es ist an uns allen, daß wir in Solidarität mit dem Kranken leben.“¹³ Von „Arbeitskreis Organspende“ wird auf die langen Wartezeiten hingewiesen. Allerdings wird auch im Gegenzug darauf aufmerksam gemacht, daß mit der steigenden Zahl der Organspenden die Zahl derer, die auf ein Organ warten, ebenfalls gestiegen ist¹⁴.

Wie steht es um die moralische Verpflichtung, als Organspenderin oder -spender zur Verfügung zu stehen? Ich lasse hierbei die Organspende von Lebenden außer acht und konzentriere mich auf die Organspende von Toten. Das Spektrum der Meinungen ist in der theologisch-ethischen Literatur weit gestreut.

Auf der einen Seite wird die Meinung vertreten, daß es zwar keine Rechtspflicht zur Organspende gibt. „Wohl aber gibt es eine sittliche, eine moralische Pflicht, die uns zum Dienst am Nächsten ruft.“¹⁵ Demnach soll jeder Christ einen Organspenderausweis haben¹⁶. Auf der anderen Seite wird betont, „daß auch diejenigen, die aus guten Gründen eine Einwilligung verweigern, aus christlicher Nächstenliebe und Verantwortung handeln“¹⁷. Zugleich wird konsequenterweise darauf hingewiesen, in diesem Fall auch auf das Organ eines anderen zu verzichten. Wie kann es zu solch unterschiedlichen Folgerungen kommen? Die Ausgangsüberlegungen sind jeweils unterschiedlich.

Auf der einen Seite werden stärker die Menschen gesehen, für die ein gespendetes Organ lebenswichtig ist. Dies gilt besonders für die Nierentransplantationen. Das heißt nicht, daß bei den Befürwortern der Organtransplantation die Problemunkte – angefangen von der Hirntodfeststellung – übersehen würden. Aber bei der Abwägung der unterschiedlichen Gesichtspunkte überwiegt die Zustimmung zur Organspende. Dies gilt auch dann, wenn die Angehörigen eines Verstorbenen zu einer anderen Auffassung gelangen. „Erst recht scheint mir vom sittlichen Standpunkt aus gar kein Zweifel möglich, daß das persönliche Entscheidungsrecht und das Pietätsgefühl der Angehörigen immer dann zurücktreten müssen, wenn die Lebensrettung eines Menschen bei aktueller Gefahr auf dem Spiele steht.“¹⁸

Auf der anderen Seite wird die Organtransplantation nicht einfach abgelehnt. „Ich habe uneingeschränkte Hochachtung vor jedem Menschen, der – im Wissen um die vielschichtige, ungelöste Problematik – für den Fall, daß er eines Tages hirntot darliegt, darin einwilligen kann, daß mit Hilfe seiner Organe andere Menschen überleben, weiterleben, besser leben.“¹⁹

Die Unterschiede sind: „die Lebensrettung eines Menschen bei aktueller Gefahr“ (F. Böckle) – „andere Menschen überleben, weiterleben, besser leben“ (H. Grevel). Nach Ansicht der Skeptiker geht es in vielen Fällen gar nicht um die Lebensrettung, sondern um eine Verbesserung der Lebensqualität. Transplantationen von Augenhornhaut, Gehörknöchelchen und Gewebe dienen nicht der Lebensrettung von Menschen, sondern der Verbesserung der Lebensqualität²⁰.

Die Grenzen zwischen Lebensrettung und Verbesserung der Lebensqualität werden schwierig zu bestimmen sein. Aber es ist in der Information über die Organtransplantation notwendig, sich mit diesen Gegenargumenten intensiv auseinanderzusetzen. Damit verbunden ist auch eine andere Frage: Der jährliche Bedarf an Spenderorganen in der Bundesrepublik steigt. Wird nicht ein falsches Anspruchsdenken gefördert, wenn nicht zugleich mit der Information und Werbung für die Organspende auch der behutsame Umgang mit der eigenen Gesundheit angesprochen wird? Wer stellt den Bedarf fest? Und könnte nicht bei manch einem eine Änderung des Lebensstils dadurch verhindert werden, daß er bei Erkrankung eines Organs auf eine Organspende hofft oder gar einen Anspruch auf sie formuliert?

Angesichts dieser Probleme genügt es jedenfalls nicht, wie in der Broschüre des Arbeitskreises Organspende festgestellt, die Transplantation allein als Lebensrettung eines chronisch schwer kranken Menschen zu kennzeichnen²¹. Die christliche Aufforderung zur Nächstenliebe hängt wesentlich von den Sachverhaltsfragen ab. Hier sind fortschreitend Klärungen auf die kritischen Anfragen hin notwendig. Selbstverständlich hängen Organspende und Nächstenliebe zusammen.

Eine wichtige Unterscheidung bringt Eberhard Schockenhoff ein: „Die Bereitschaft zur Organspende entspringt dem *Geist* der christlichen Nächstenliebe, aber sie ist nur im analogen Sinn als ein *Akt* der Nächstenliebe anzusehen. Sowohl von der Person des Spenders als auch vom Empfänger her unterscheidet sie sich von einem unmittelbaren Liebeserweis, denn der Spender ist zum Zeitpunkt der Organentnahme bereits tot und zu personalen Akten nicht mehr fähig; der Empfänger dagegen bleibt anonym, so daß auch von seiner Seite her die Aufnahme einer personalen Beziehung ausgeschlossen ist.“²²

Weitere Probleme in diesem Zusammenhang sind: der Organhandel, der bei uns entschieden von allen Beteiligten abgelehnt wird, die Finanzierung bei steigendem Bedarf und schließlich auch die Organspende von Lebenden. Auffallend ist, daß der Katechismus der katholischen Kirche die Frage der Organspende knapp und das Thema Nächstenliebe sehr zurückhaltend betrachtet: „Die Organverpflanzung entspricht (hingegen) dem sittlichen Gesetz und kann sogar verdienstvoll sein, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen“ (Nr. 2296).

Die Form der Zustimmung

Bei diesem Punkt unterscheiden sich nicht nur die Gesetzgebungen in den einzelnen Ländern, sondern auch in der ethischen Beurteilung tauchen unterschiedliche Akzente auf. Gemeinsam ist, soweit ich sehe, allen Vorschlägen, daß bei keinem Toten ein Organ entnommen werden darf, wenn dieser sich zu Lebzeiten dagegen

ausgesprochen hat. Dies ist auf jeden Fall zu respektieren. In der Diskussion sind drei Modelle: das Zustimmungs-, das Informations- und das Widerspruchsmodell.

Das *Widerspruchsmodell* findet in Österreich und Belgien Anwendung. Es sieht vor, daß bei Verstorbenen im Sinn des skizzierten Hirntodverständnisses einzelne Organe oder Organteile entnommen werden dürfen, wenn nicht eine gegenteilige Erklärung des Verstorbenen oder dessen gesetzlichen Vertreters vorliegt. Ein entscheidendes Defizit ist: „Eine gesetzliche Verpflichtung, den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter über sein/dessen Widerspruchsrecht zu informieren, ist in Österreich nicht gegeben und im Regelfall wegen der Nichtansprechbarkeit des präsumptiven Spenders gar nicht möglich.“²³ Das *Zustimmungsmodell* setzt voraus, daß der Verstorbene zu Lebzeiten bzw. seine Angehörigen nach dem Tod ihre Zustimmung zur Organentnahme gegeben haben. Das *Informationsmodell* wird derzeit im Blick auf ein mögliches Transplantationsgesetz in Deutschland diskutiert. Es sieht vor, daß die Entnahme von Organen eines Verstorbenen erlaubt ist, wenn die Angehörigen über ihr Widerspruchsrecht von den Ärzten informiert worden sind und bis zu einem vereinbarten Zeitpunkt nicht einer Entnahme von Organen widersprochen haben²⁴.

Die ethischen Stellungnahmen fallen unterschiedlich aus, wobei das Widerspruchsmodell wegen des genannten Defizits nicht näher in Betracht kommt. Im Katechismus der katholischen Kirche heißt es: „Organverpflanzung ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn verantwortlichen nicht im vollen Wissen ihre Zustimmung gegeben haben“ (Nr. 2296). Auch Klaus Demmer hält fest: „Zur unabdingbaren Voraussetzung eines solchen Eingriffs – darauf hat man immer aufmerksam gemacht – gehört der freie und voll informierte Konsens.“²⁵ Die gemeinsame Erklärung der DBK/EKD spricht sich ebenfalls für eine Zustimmungslösung aus, hält aber auch die Informationslösung für möglich, „daß eine Organentnahme zulässig ist, wenn die Angehörigen eines Verstorbenen, der sich nicht zur Organspende geäußert hat, über die beabsichtigte Organentnahme informiert werden und diesem Eingriff nicht widersprechen“²⁶. Es ist selbstverständlich, daß diejenigen, die der Transplantationsmedizin skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen, neben der Widerspruchslösung auch das Informationsmodell ablehnen.

Ethisch überzeugend ist besonders das Zustimmungsmodell. Bei einer solch wichtigen Entscheidung ist das Einverständnis der Betroffenen einzuholen. Zwei Gegenargumente werden hier besonders angeführt: Die Zahl der Spenderwilligen sei bei dieser Lösung zu gering, und viele scheuten sich, eine Zustimmung zur Organspende zu geben, weil sie sich zuvor intensiv mit ihrem eigenen Tod auseinandersetzen mußten.

Beide Argumente hängen eng zusammen. Die Zahl der Spendewilligen wird nur steigen, wenn mit der zuverlässigen Information über die Notwendigkeit der Organspende eine intensive Auseinandersetzung mit den Einwänden und Gegen-

argumenten stattfindet. Denn es kann nicht übersehen werden, daß ernst zu nehmende Stimmen sich mehren, die die Transplantationsmedizin insgesamt kritisch in Frage stellen²⁷. Weiterhin wäre zu fragen, ob es für den einzelnen nicht zumutbar ist, sich zu Lebzeiten zu äußern, ob er einer Organspende zustimmt oder nicht. Es ist richtig, daß keiner zu einer solchen Spende gezwungen werden darf. Aber in einem Gemeinwesen, in dem keiner isoliert existiert und, wie das Grundgesetz ausweist, in vielfältigen sozialen und rechtlich relevanten Bezügen lebt, kann der Staat verlangen, daß jede und jeder sich zu dieser Frage eine Meinung bildet und sich entsprechend äußert. Wie dies geschehen könnte, ist eine andere Frage. In der Diskussion ist unter anderem ein entsprechender Hinweis im Personalausweis bzw. eine entsprechende Information, die bei einem Antrag auf einen neuen Personalausweis dokumentiert wird²⁸. Selbstverständlich müßte auch die Möglichkeit bestehen, die eigene Auffassung zu revidieren. Ethisch ist jeder damit herausgefordert, sich mit seiner Endlichkeit und seinem Tod auseinanderzusetzen. Diese Vorgehensweise ist besser, als nach dem plötzlichen Tod eines Menschen seine Angehörigen zu befragen, zumal wieder neu geklärt werden müßte, wer dann gehört und wie bei unterschiedlichen Auffassungen zu verfahren sei.

ANMERKUNGEN

- ¹ P. Singer, *Praktische Ethik* (Stuttgart 1984, 1990). ² *Organtransplantationen* (Bonn, Hannover 1990).
- ³ R. A. Frowein, B. Forster in: *Lex. Medizin Ethik Recht* (1989) 1187 f.
- ⁴ Bundesärztekammer, *Kriterien des Hirntodes*, in: *Dt. Ärztebl.* 79 (1982) 45–55; 83 (1986) 2940–2946.
- ⁵ A. a. O. 18.
- ⁶ J. Reiter, *Organspende u. Organtransplantation. Psychol. u. theol. Aspekte*, in dieser *Zschr.* 210 (1992) 226.
- ⁷ H. Grewel, *Gratwanderungen d. Transplantationsmedizin*, in: *PTh* 81 (1992) 393 f.
- ⁸ H.-M. Sass, *Hirntod u. Hirnleben*, in: *Medizin u. Ethik*, hrsg. v. dems. (Stuttgart 1989) 165.
- ⁹ *Singer* 177–190. ¹⁰ A. a. O. 17. ¹¹ *Hamburg* 1993.
- ¹² W. Wolbert, *Ein Recht auf d. Leib d. anderen? Zu einigen Fragen d. Organtranspl.*, in dieser *Zschr.* 209 (1991) 342.
- ¹³ *Zit. n.: Lebensrettung für viele Menschen durch Organtranspl.*, hrsg. v. Med. ref. d. Diöz. Würzburg.
- ¹⁴ G. Wuttke, *Körperkolonie Mensch. Über d. Mangel, d. Nächstenliebe u. d. Tod. Eine krit. Bestandsaufnahme*, in: *Krit. Ansichten z. Transpl. med.*, hrsg. v. R. Greinert, G. Wuttke (Göttingen 1991) 9–34.
- ¹⁵ F. Böckle, *Eth. Probleme d. Organtranspl.*, in: *ArztChr* 35 (1989) 157.
- ¹⁶ J. G. Ziegler, in: *EKL* 3 (3/1992) 928–930. ¹⁷ *Grewel* 406.
- ¹⁸ *Böckle* 115. ¹⁹ *Grewel* 406. ²⁰ *Ebd.* 395.
- ²¹ *Arbeitskr. Organspende, Organsp. bewahrt Leben. Antworten auf Fragen* (Neu-Isenburg 11/1992) 10.
- ²² E. Schockenhoff, *Ethik d. Lebens. Ein theol. Grundriß* (Mainz 1993) 259.
- ²³ R. Margreiter, *Die Widerspruchslösung zur Regelung v. Organentnahmen in Österreich aus d. Sicht eines Transpl.-Chirurgen*, in: *Ethik in d. Med.* 4 (1992) 189.
- ²⁴ E. Nagel, R. Pichlmayr, *Transpl.gesetzgebung: Inf.lösung als sinnvoller Kompromiß?*, *ebd.* 195–198.
- ²⁵ K. Demmer, *Leben in Menschenhand. Grundlagen d. bioeth. Gesprächs* (Freiburg 1987) 130.
- ²⁶ A. a. O. 20
- ²⁷ U. Eibach, *Unmenschl. Medizin. Der techn. Fortschritt gefährdet die Menschenwürde*, in: *EK* 26 (1993) 536.
- ²⁸ *HK* 46 (1992) 446–448.